FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 24 décembre, à 1 heure

Par **P. SEMANNE**

Né à Amélie-les-Bains, le 12 mai 1884

Contribution à l'Étude de la Grossesse triple

Président : M. RIBEMONT-DESSAIGNES, *professeur.*

Juges : MM. HUTINEL et PRENANT, *professeurs.*
RÉMY, *agrégé.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON,
10, rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N***
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	N*
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE,

A MES AMIS

AVANT-PROPOS.

Nous avons ici un agréable devoir à remplir : celui de remercier tous ceux dont l'aide nous a été si précieuse pour la rédaction de cet ouvrage et qui ne nous ont ménagé ni le secours matériel de leur collaboration, ni l'appui moral de leurs conseils et de leur bienveillance.

Nous tenons à remercier tout particulièrement Monsieur le professeur Grosse, qui nous a fourni le sujet de notre thèse, une observation nouvelle et de nombreux conseils, qui s'est mis à notre disposition, avec une amabilité entière, pour nous aider dans la rédaction de cet ouvrage.

Nous avons à remercier M. le professeur Ribemont-Dessaignes qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse et nous indiquer trois observations intéressantes recueillies dans son service.

M. le Dr Hugé, qui nous a donné une observation inédite, a droit également à notre reconnaissance.

Il nous reste enfin, en terminant à la fois nos études et no-

tre internat à Nantes, à adresser un souvenir ému à tous nos maîtres des Hôpitaux et de l'Ecole de médecine, dont nous ne pouvons oublier ni les leçons ni l'amabilité bienveillante, à tous nos camarades d'internat et d'études, dont l'amitié restera comme l'un de nos meilleurs souvenirs.

INTRODUCTION

La grossesse triple n'est pas seulement une curiosité; par beaucoup de points, elle intéresse l'accoucheur, et n'est pas d'une rareté telle que chacun ne puisse en rencontrer au cours de sa carrière.

C'est une loi constante dans l'évolution des espèces animales, que, plus l'espèce est perfectionnée, et moins sa fécondité est grande. Les animaux inférieurs se reproduisent par centaines ou par milliers à la fois; l'homme est réduit à la fécondité minima. Dans ces conditions, la grossesse triple n'est peut-être, chez lui, que le retour d'une fécondité ancestrale depuis longtemps perdue, mais son organisme n'a plus l'adaptation nécessaire à une semblable parité et par suite, celle-ci peut être considérée comme pathologique. Elle expose à des accidents fréquents, tant au cours de la grossesse qu'au cours de l'accouchement, et son évolution n'a souvent de terminaison heureuse que grâce à l'intervention du médecin, comme nous allons le voir dans cette courte étude.

HISTORIQUE

Les premiers diagnostics de grossesse triple

L'étude de la grossesse triple est toute moderne, non qu'il n'y en ait eu de tout temps, mais parce que les procédés d'exploitation obstétricale manquaient autrefois. La connaissance de l'auscultation au cours de la grossesse fit faire les premiers diagnostics. Fletscher de Birmingham fut le premier à annoncer, avant le travail, la naissance de trois enfants. Puis Rousset, de Bordeaux, en 1857, Duval, de Montpellier, en 1860, firent le même diagnostic.

La vulgarisation du palper abdominical fit faire un grand pas à la question. Le P[r] Pinard en 1876, puis le P[r] Ribemont-Dessaignes en 1882 constatèrent avant le travail la présence de trois fœtus. Depuis, les observations se sont multiplées; mais on doit bien reconnaître que dans beaucoup de cas, le diagnostic ne fut fait que pendant le travail, en raison des grandes difficultés qu'il présente souvent pendant la grossesse.

La grossesse triple dans ses rapports avec la grossesse simple, l'âge, la multiparité et l'hérédité.

Les statistiques les plus considérables concernant la grossesse triple sont fournies par Veit. Il donne 1 accouchement triple sur 7910.

D'autres auteurs trouvent des chiffres un peu dissemblables. Puech et Bertillon donnent le tableau suivant relevé dans différents pays:

	Rapport des grossesses triples aux simples	Rapport des grossesses doubles aux simples
Angleterre	1/6720	1/116
Irlande	1/4995	1/64
Allemagne	1/6451	1/85
Bavière	1/5740	1/60
Bade	1/6575	1/89
Prusse	1/7820	1/89
Autriche	1/5460	1/83
Hongrie	1/5880	1/77
Suède	1/4399	1/65
Norvège	1/5442	1/81
Danemarck	1/6250	1/71
Russie	1/4054	1/50
Italie	1/7143	1/87
Belgique	1/10000	1/103

En France la proportion globale serait

	Rapport des grossesses triples aux simples	Rapport des grossesses doubles aux simples
D'après Puech.....	1/8256	1/99
D'après Bertillon.....	1/8570	1/100
D'après Julien.....	1/7614	1/113
D'après Drizaret.....	1/9590	1/103

On voit que la fréquence de grossesses triples et celle des grossesses doubles varie dans le même rapport.

La fréquence des grossesses triples varie en France suivant les départements. Ceux où l'on compte le plus de grossesses triples sont, d'après Drizard et en commençant par celui dont le chiffre est le plus élevé: Meuse, Dordogne, Seine-et-Oise, Côtes-du-Nord, Nord, Ille-et-Vilaine, Aveyron, Deux-Sèvres, Gers, Indre.

Ceux où l'on compte le plus de grossesses doubles, sont dans le même ordre: Haute-Savoie, Savoie, Morbihan, Vosges, Mayenne, Calvados, Ardennes, Finistère, Côtes-du-Nord.

L'âge a une influence indéniable sur la production de la grossesse triple. D'une façon générale, on peut dire que celle-ci s'observe surtout au milieu de la période sexuelle et, si l'on peut parler ainsi, au maximum de la puissance reproductrice de la femme. C'est ainsi qu'elle est exceptionnelle avant 25 ans, rare de 25 à 30, atteint sa plus grande fréquence entre 30 et 39 ans, pour devenir comparativement plus rare au delà de 39 ans. De même,

les multipares présentent plus fréquemment des grossesses triples que les primipares.

Sur 49 observations que nous avons consultées, nous avons trouvé 14 primipares et 35 multipares. Sur 44 observations où l'âge est indiqué, nous trouvons 7 femmes ayant moins de 25 ans, 16 ayant de 25 à 30 ans, 21 ayant dépassé 30 ans.

Il existe une relation indéniable entre la grossesse double et la triple. Certains organismes ont une disposition naturelle à la multiparité. C'est ainsi que, sur 40 observations que nous avons consultées, nous trouvons 7 cas de femmes ayant eu, avant leur grossesse triple, une ou plusieurs grossesses doubles. Puech cite le cas d'une femme qui, sur 5 grossesses, eut une grossesse triple et 2 grossesses doubles, Dorlain celui d'une autre femme qui sur 6 grossesses eut 3 grossesses doubles et une grossesse triple. Si l'on songe que beaucoup d'observations de grossesses triples sont incomplètes et muettes sur les accouchements antérieurs, on voit que la coexistence de la gémellité et de la grossesse triple est relativement fréquente.

On voit même, quoique plus rarement, la répétition chez une même femme, de plusieurs grossesses triples. Medicus cite le cas d'une femme ayant eu, après 4 accouchements simples, deux accouchements triples à 18 mois d'intervalle. Tosner parle d'une femme ayant eu un accouchement double, puis successivement 2 accouchements triples. Enfin Burdach (Die Physiologie u. s. w. t., II, 1828 Leipzig) cite le cas d'une femme ayant eu 59 enfants en 27 couches, 6 doubles, 7 triples, 4 quadruples.

L'influence paternelle sur la grossesse triple semble exister, quoique les observations qui en font foi soient rares. Ribemont-Dessaignes et Lepage citent le cas d'un paysan russe qui, marié deux fois, eut 87 enfants. La première femme eut 4 grossesses quadruples, 7 triples et 6 doubles, la seconde 6 grossesses doubles et 2 triples.

Les mêmes auteurs rapportent aussi le cas de ce bourgeois de Paris cité par Sue, qui eut de sa femme, 21 enfants en 7 années de suite, et qui, ayant abusé d'une servante, eut d'elle 3 enfants en une couche.

Enfin il n'est pas rare de noter la coexistence de la grossesse triple avec une fécondité par ailleurs remarquable, tant chez la femme elle-même que du côté du mari : l'une était à sa 21e grossesse, le mari d'une autre avait eu 17 frères et sœurs (observ. XXII, XXIV, XXVIII, XXX).

L'hérédité gémellaire elle-même existe. Nous avons trouvé 5 exemples, dont plusieurs sont rapportés plus loin, de femmes dont les ascendants ont eu des grossesses gémellaires et qui ont fait de leur côté des grossesses triples (observ. XXI XXXIV, XXXVII).

DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE TRIPLE.

Ce diagnostic peut être porté en deux circonstances différentes: au cours de la grossesse et au cours du travail. Nous l'envisagerons successivement dans les deux cas.

Diagnostic pendant la grossesse.

Il apparaît de la lecture des observations, que le diagnostic de la grossesse triple, dans le cours de la grossesse, est généralement difficile, parfois impossible. D'autre part on voit des cas où il a pu être posé avec aisance. Le mérite de l'accoucheur y est pour beaucoup, mais il faut tenir compte, comme nous le verrons plus loin, d'une foule de circonstances contingentes: épaisseur et tension des parois, position des fœtus, hydramnios, etc., qui peuvent créer une série de cas si variables que le médecin, qui a réussi dans l'un, doive presque fatalement échouer dans un autre.

Pendant les premières semaines, rien d'anormal ne se remarque. Ce n'est que vers le quatrième ou le cinquième mois, parfois dès le troisième, que la femme, son entourage ou le médecin, sont frappés par l'accroissement rapide et le volume considérable du ventre. Dans l'observation du Dr Grosse, rapportée plus loin, l'utérus, au quatrième mois de la grossesse s'élevait à 24 centimètres au-dessus du pubis.

Cet accroissement rapide tient à deux causes: d'abord à la multiplicité des produits de conception, ensuite à l'*hydramnios* concomitant. Celui-ci est en effet fréquent dans la grossesse triple, mais il est en général partiel et ne porte que sur un ou deux des œufs.

Parfois on remarque la forme irrégulière de l'utérus, des bosselures dues à la présence de parties fœtales volumineuses, et à côté de celles-ci, des dépressions plus ou moins marquées. Les cornes utérines sont généralement développées et saillantes, l'une plus que l'autre, et cette apparence cordiforme, avec des irrégularités insolites, contribue à mettre le médecin en éveil et à lui montrer la voie du diagnostic.

Parfois aussi rien d'anormal ne se remarque. L'utérus est à peine plus gros que normalement (cas de Wildermann. observ. XII, cas de Eisenhart), soit que les fœtus soient très petits, soit que le développement de l'utérus se fasse, au moins dans les premiers mois, surtout en refoulant le contenu abdominal vers le diaphragme.

La femme, à partir du 5e mois, sent les fœtus remuer dans plusieurs parties du ventre à la fois, symptôme qui peut avoir quelque valeur. Parfois aussi, elle ne sent rien remuer du tout.

Par suite de la distension rapide et exagérée de l'utérus, les parois acquièrent une tonicité exagérée. La main qui les palpe sent, au lieu de la mollesse habituelle dans l'intervalle des contractions, une résistance ferme, élastique, analogue à celle que fournit un kyste bien rempli. Ce symptôme n'est pas spécial à la grossesse triple, il existe dans

tous les cas de distension exagérée de l'utérus: hydramnios, grossesse double ou multiple.

L'accroissement rapide du volume utérin entraîne rapidement des troubles de compression, et on voit apparaître fréquemment de l'œdème des membres inférieurs et de la région génitale, témoins de la gêne de la circulation de retour. La compression de l'intestin entraîne des troubles de la digestion, la compression des uretères et de la vessie entraîné des troubles de la miction et peut même gêner le fonctionnement rénal, le refoulement de la masse intestinale et du diaphragme entraîne de la gêne respiratoire, des palpitations, de la dyspnée d'effort. Certaines femmes ressentent, dès qu'elles veulent se lever et marcher, une sensation de gêne et d'épuisement qui leur rend tout effort impossible.

Mais la compression mécanique n'explique pas tous les troubles qu'on peut observer chez la femme en cours de grossesse triple.

Lorsqu'on voit s'ajouter aux symptômes précédents: les vomissements tenaces, le ptyalisme, le prurit, les dermatoses, on doit incriminer une autre cause et porter sans hésiter le diagnostic *d'auto-intoxication gravidique*. Celle-ci est en effet fréquente au cours de la grossesse triple, et d'elle relèvent, beaucoup plus peut-être que de la compression mécanique, *la plus grande partie* des troubles observés. Les signes doivent toujours en être recherchés avec soin par le médecin, si celui-ci veut prévenir des accidents plus redoutables, qui ne sont pas très rares au cours de la grossesse triple: *l'albuminurie* et l'éclampsie. (Observ. V, XXVI, XXVII, XL).

Les signes précédents constituent un ensemble de probabilité en faveur de la grossesse triple, mais ils ne sauraient donner de certitude. Le diagnostic s'affirme par des signes plus précis que fournissent le palper, le toucher et l'auscultation.

Le palper fournit peut-être les renseignements les plus utiles; mais bien des causes tendent à le rendre indécis. La surcharge graisseuse de la paroi, l'œdème, une musculature robuste, la tonicité exagérée de l'utérus que nous avons déjà signalée, constituent autant d'obstacles. L'hydramnios en est un autre; cependant, dans un cas de Ribemont-Dessaignes, il facilitait le palper en permettant le ballotement fœtal et en démontrant l'indépendance réciproque des fœtus.

L'insertion placentaire sur la paroi antérieure, en s'interposant entre la main de l'accoucheur et le fœtus, constitue un obstacle de plus. Enfin la disposition réciproque des œufs a une grande importance, un œuf placé derrière les deux autres est totalement inaccessible; cependant cette disposition doit être rare et peu d'observations la signalent en effet: la présence de la colonne vertébrale de la mère empêchant par sa saillie, la position d'un fœtus sur la ligne médiane, derrière les deux autres.

Le toucher vaginal est un excellent moyen de renseignement. Il permet, à travers le col, de sentir des parties fœtales, ensuite de les faire ballotter. Mais le ballottement vaginal est rare, Duval prétend même qu'il n'existe jamais, ce qui est sans doute exagéré. Il faut bien noter aussi que l'absence de ballottement peut trancher le diagnostic entre une grossesse triple et un hydramnios.

Lorsque tout se présente dans de bonnes conditions, que la paroi abdominale est suffisamment dépressible, non œdématiée, assez mince, qu'il n'y a pas d'hydramnios considérable, le palper, seul ou associé au toucher, peut conduire au diagnostic. On cherche d'abord les pôles fœtaux accessibles: tête ou siège. Parfois on en trouve 6 comme dans un cas de Pinard, où les 6 pôles fœtaux furent reconnus successivement par plusieurs accoucheurs. (Observ. IX). D'autres fois on n'en trouve que 4 ou 3. Le diagnostic, dans ce dernier cas, devient plus délicat, il faut, pour le faire: ou bien établir que les 3 pôles sont de même nom, ce qui paraît peu aisé, ou bien qu'ils sont indépendants. C'est là que le toucher, combiné au palper, en permettant de faire ballotter isolément un fœtus, sans entraîner les autres, peut rendre des services. A la rigueur, on peut se dispenser de trouver 3 pôles fœtaux. La perception de deux pôles: tête ou siège, et d'un dos peut suffire, toujours à condition d'établir nettement leur indépendance réciproque.

Au toucher et au palper, il faut joindre l'auscultation. C'est par ce moyen, qu'avant la connaissance du palper obstétrical, Fletscher, Rousset, Duval, Nœgelé, firent les premiers diagnostics connus de grossesse triple. (Observ. VI, VII, VIII). Depaul, lui attribuait, pour ce but, une grande valeur. Mais il s'en faut que ses indications soient toujours parfaites.

Il faut, pour établir avec certitude le diagnostic de grossesse triple, constater 3 foyers d'auscultation. Or, il n'y en a souvent que deux. (Observ. I, IX, X), ou même un (observ. XII), soit par suite de la position des fœtus,

dont les foyers se superposent, soit parce que l'un a succombé, soit parce que l'hydramnios d'un œuf empêche les battements du cœur correspondant, d'être perçus.

Il faut, de plus, lorsqu'on a perçu 3 foyers, établir leur indépendance.

Pour cela, on doit tout d'abord éliminer les bruits d'origine maternelle, en constatant que son pouls n'est isochrone à aucun des battements perçus aux 3 foyers.

On doit, de plus, établir l'absence de synchronisme, entre les 3 foyers eux-mêmes (observ. VIII). En effet, un même fœtus, en OIGP, par exemple, pourrait donner 2 foyers. De plus il est très rare que les cœurs de 3 fœtus aient exactement le même rythme. Il n'est qu'un moyen sûr de faire cette constatation, c'est de faire ausculter les 3 foyers en même temps, par trois observateurs différents, qui notent le nombre de pulsations. Le résultat est certain, mais la méthode souvent impraticable. Le même observateur peut ausculter successivement les 3 foyers, mais on doit se souvenir que le rythme du cœur fœtal varie d'un moment à l'autre, suivant l'état de contraction de l'utérus, et le diagnostic fait dans ces conditions, ne présente plus la même évidence.

Diagnostic pendant l'accouchement.

Nous ne parlerons ici que du diagnostic fait après la sortie d'un fœtus. Il est probable, en effet, que si le diagnostic a échappé pendant la grossesse, il échappera, à plus forte raison, au début du travail, où la contraction utérine crée un obstacle presque insurmontable au palper.

D'ailleurs, à ce moment, les moyens d'exploration sont les mêmes que pendant la grossesse.

Après l'issue du premier fœtus, l'accoucheur est frappé de la petitesse de l'enfant et du volume considérable de l'utérus. Il est conduit alors à l'explorer méthodiquement, et à reconnaître, par le palper, le toucher et l'auscultation la présence des deux fœtus restants (observ. XIII, XIV).

Il est un signe qui n'est signalé dans aucun auteur et que nous avons remarqué dans l'observation communiquée par le Docteur Hugé et publiée plus loin, c'est l'existence à la surface de l'utérus d'un sillon, large et assez profond, qui correspond à la loge amniotique vide de l'enfant qui vient de sortir. L'utérus, dans la grossesse triple, est, en effet, divisé généralement en trois loges, chaque fœtus ayant son amnios; qu'une de ces loges se vide, la portion correspondante de l'utérus s'affaisse, du moins tant qu'il n'y a pas de contraction, ce qui se traduit par un sillon à la surface de l'organe. Ce petit signe peut avoir quelque valeur.

Après la sortie du deuxième fœtus, le diagnostic du troisième est facile. L'accoucheur est encore frappé du volume de l'utérus; de plus, la délivrance ne vient pas. Il est conduit à une nouvelle exploration et le toucher manuel ou digital lui révèle la présence du dernier fœtus.

DUREE ET MARCHE DE LA GROSSESSE

La grossesse triple, avons-nous dit, peut rentrer dans le cadre de la grossesse pathologique. Aussi, la voit-on rarement aller jusqu'au terme. Charbonnier, d'après une statistique portant sur 220 cas, trouve les proportions suivantes:

Accouchements à terme	71/220 ou 32,5 0/0
Accouchements prématurés	129/220 ou 58,5 0/0
Avortements	21/220 ou 9,5 0/0

Sur 52 observations que nous avons consultées, nous trouvons:

4 avortements, un à 3 mois et demi, 2 à 5 mois, 1 à 6 mois; soit 7,6 0/0.

27 accouchements prématurés, 10 à 7 mois, 10 à 7 mois et demi, 7 à 8 mois; soit 51, 9 0/0.

21 accouchements à terme ou près du terme soit; 40,3 0/0.

D'après ces statistiques, l'accouchement à terme paraît

plus fréquent qu'on ne le pense généralement. Mais la date exacte du terme est si difficile à préciser exactement, qu'on regarde comme accouchements à terme ceux qui se passent dans la dernière moitié du neuvième mois. L'expression d'accouchement près du terme est plus exacte et répond mieux à l'aspect des enfants nouveaux-nés, qui présentent, à peu près toujours, les caractères des prématurés.

Les causes d'accouchement avant terme sont, en effet, trop nombreuses dans la grossesse triple pour ne pas être actives. La surdistension de l'utérus en est une, que vient accentuer encore l'hydramnios fréquent d'un ou de deux œufs, comme l'ont bien dit Maygrier et Demelin. L'albuminurie, l'éclampsie, les insertions basses du ou des placentas ne sont pas rares et peuvent jouer le rôle de causes déterminantes. Enfin, il faut faire entrer en ligne de compte la mort d'un ou de deux fœtus. Les raisons de mortalité ne manquent pas. La compression mécanique peut suffire. Dans le cas de tension exagérée de l'utérus, le plus faible des trois fœtus succombe. Les constrictions du cordon, les étranglements, les nœuds, la sclérose du placenta, les foyers hémorragiques, entraînant le décollement partiel ou la dégénérescence, peuvent tuer par asphyxie. Enfin les causes de la mort sont souvent ignorées.

Un ou deux fœtus étant morts, plusieurs cas peuvent se produire. Ou bien le mort est expulsé et les autres continuent leur développement, ce qui est rare, ou bien il reste dans l'utérus et est expulsé, macéré ou momifié, avec les fœtus vivants qui ont continué leur évolution jusqu'au

voisinage du terme (observ. XXXVII et XXXVIII), ou bien encore l'accouchement se produit dans les jours qui suivent la mort.

ACCOUCHEMENT

Il y a peu de choses à dire de la période de dilatation. Charpentier cite des cas où elle dura 24, 30, 45 heures, Heurot un cas de 48 heures. Par contre des durées de 4, 5 et 6 heures ne sont pas rares. Toutefois, nous pensons, avec la majorité des accoucheurs, que la dilatation est un peu plus longue dans la grossesse triple que dans la simple. D'après nos observations, nous trouvons une moyenne de 11 heures environ. Cette durée tient peut-être à la tension exagérée du liquide amniotique..

La période intéressante est la période d'expulsion. Certains la regardent comme rapide, d'autres comme lente. En réalité, tout dépend de la situation réciproque des fœtus, et là, comme sur bien d'autres points, aucune formule ne peut cadrer avec la majorité des faits. Il n'est pas rare de voir les fœtus naître à quelques minutes d'intervalle, pas rare, non plus, de voir l'expulsion du second et du troisième fœtus se faire attendre, parfois jusqu'à ce

que l'accoucheur se soit convaincu de leur impossibilité par les moyens naturels. Dans le cas de Mme Henri (observ. XVI), le deuxième fœtus ne fut extrait au forceps que 26 heures après le premier. Dans un cas de Charbonnier, l'expulsion spontanée du deuxième eut lieu 40 heures après la naissance du premier (observ. X). Grosse cite une durée d'expulsion de 11 heures, Charbonnier de 10 heures, Hugé de 7 heures, Julien de 6 heures.

Lorsque l'expulsion se fait par les moyens naturels, il s'écoule, en général, 30 minutes entre la sortie du premier et du second fœtus, un peu moins entre celle du second et celle du troisième, mais il serait illusoire de compter sur ces chiffres pour se faire une règle de conduite en face de la réalité.

Une question intéressante est celle des variétés de présentation des trois fœtus. D'après les observations que nous avons consultées, le premier fœtus se présente presque toujours en présentation longitudinale et le plus souvent en sommet. Il y a peut-être à cela une raison simple, c'est que le fœtus premier-né naît le premier, précisément *parce qu'il était en sommet*, et que sa tête, étant la partie fœtale la mieux accommodée au détroit supérieur, s'y est naturellement engagée.

Le deuxième et le troisième fœtus se présentent, le plus souvent, longitudinalement, mais la présentation du siège est au moins aussi fréquente que celle du sommet, et celle de l'épaule n'est pas rare, beaucoup moins, toutes proportions gardées, que dans la grossesse simple. D'ailleurs, étant donné la distension considérable de l'utérus et son inertie fréquente au cours du travail, la présentation du

ou des deux derniers fœtus est sujette à varier d'un moment à l'autre, et, du mode d'accouchement, on ne peut rien conclure sur la situation du fœtus pendant la grossesse.

Au point de vue statistique, Charbonnier, sur 458 enfants issus de grossesse triple, trouve 254 sommets, 117 sièges et 57 épaules.

Nos recherches personnelles nous fournissent sur 42 grossesses triples.

	1er	2e	3e
Sommet.....	29	17	16
Siège	11	22	20
Epaule.....	1	3	2
Non spécifiés.....	0	1	4

Par suite des présentations vicieuses, par suite aussi de l'inertie utérine fréquente, les interventions au cours de l'accouchement ne sont pas rares. Elles s'observent à peu près dans la moitié des cas: 9 forceps et 11 versions dans les 42 accouchements cités plus haut. Le forceps est l'intervention la plus fréquente sur le premier enfant, ce qui se conçoit, puisqu'il se présente le plus souvent en sommet. La version devient, au contraire, plus commune chez les deux derniers, ce qui résulte de la fréquence des présentations de l'épaule.

DELIVRANCE

Il n'y a rien de réglé dans la façon dont se produit la délivrance. Le plus souvent, elle se fait après la sortie des

3 fœtus, vraisemblablement parce que ce n'est qu'à ce moment que l'utérus acquiert un degré de rétraction suffisant pour décoller et expulser la masse placentaire. Il est rare de voir un placenta s'expulser entre le deuxième et le troisième fœtus (observ. XXII), absolument exceptionnel de voir chaque fœtus suivi de la délivrance correspondante.

S'il y a plusieurs placentas, ils peuvent sortir sans aucun ordre, celui qui correspond au deuxième ou au troisième fœtus peut sortir le premier (observ. XIX) ou bien les placentas viennent d'un seul bloc avec l'ensemble des membranes.

La délivrance est un des moments critiques de l'accouchement triple par les dangers auxquels elle expose la femme.

L'hémorragie en est une complication fréquente (observ. I, II, XXXIX), ce qui se conçoit, si l'on songe d'abord à l'inertie utérine habituelle après la distension exagérée à laquelle il a été soumis, puis à l'énorme surface d'insertion placentaire. La rétention d'un ou de deux placentas ou d'un cotylédon entre aussi en ligne de compte (observ. XXXIX). Elle produit l'hémorragie comme elle produira plus tard l'infection (observ. XLIII). Elle est liée à l'inertie utérine et exige, dans un grand nombre de cas, la délivrance artificielle.

DISPOSITION ANATOMIQUE DES ŒUFS

La disposition la plus fréquente, celle qu'on doit regarder comme type, est la suivante : il y a 2 œufs, dont un double. L'œuf simple ne présente rien de spécial. L'œuf double comprend un seul chorion et deux fœtus, tous deux du même sexe (voir thèse de Boyer). Les placentas de ces deux fœtus sont à peu près toujours soudés. Ils peuvent même être réunis à celui de l'œuf simple. En résumé, on obtient, à l'examen de la délivrance, la formule suivante :

1 ou 2 placentas (le plus souvent 2) ;

2 chorions ;

2 ou 3 amnios (le plus souvent 3) ;

3 fœtus dont 2 de même sexe, enfermés dans un chorion unique.

Les examens détaillés de délivrance au cours de l'accouchement triple, sont rares, cependant nous avons relevé

cette formule 13 fois sur 18 cas où les détails nous ont paru assez clairement indiqués.

Les autres dispositions, moins communes, sont les suivantes :

Il y a un seul œuf triple contenant 3 fœtus de même sexe. Le placenta est à peu près toujours unique.

Il n'y a qu'un chorion. En résumé, la formule devient :

1 placenta ;

1 chorion ;

1, 2 ou 3 amnios ;

3 fœtus de même sexe.

Autre disposition : il y a 3 œufs. On observe alors 3 chorions distincts et les 3 fœtus sont de sexe quelconque, les placentas peuvent être en nombre quelconque. La formule devient :

1, 2 ou 3 placentas (le plus souvent 3) ;

3 chorions ;

3 amnios ;

3 fœtus de sexe quelconque.

L'observation XLII est un type de cette disposition.

Il est vraisemblable que l'œuf double résulte de la fécondité de 2 ovules, l'œuf triple d'un seul ovule, mais ce n'est là qu'une hypothèse.

Quoi qu'il en soit, c'est le nombre de chorions qui sert de base à une classification rationnelle. Il est regrettable de ne pas trouver plus souvent, dans les observations, ce chiffre relaté, alors qu'on trouve partout le nombre de placentas, chiffre de valeur beaucoup moindre, puisque il peut varier dans tous les cas par coalescence des territoires vasculaires de chaque fœtus.

Ceci posé, examinons les détails:

Dans presque tous les cas il y a 3 amnios. Sur 44 observations, nous trouvons un cas avec deux amnios (observ. XV) et un cas avec amnios (observ. XVI). Ces dispositions sont donc très rares.

Le nombre des placentas est d'intérêt restreint. Cependant, sur 44 observations, on trouve 17 fois 2 placentas, 12 fois un placenta, 5 fois 3 placentas. Le poids est proportionné au volume des enfants, pouvant atteindre 1.200 et 1.300 grammes de total. Dans l'observation de Lambinon, où l'on trouve un fœtus à terme de 3.200 gr. et 2 fœtus papyracés, un placenta de 500 fr. correspond au premier et un de 100 gr. aux deux autres.

On ne trouve pas, en général, de *connexions vasculaires* importantes entre les placentas, même lorsqu'ils sont soudés, disposition importante qui explique qu'on puisse se passer, dans la plupart des cas, de la ligature du bout placentaire du cordon.

Il y a, à peu près toujours, 3 cordons. Exceptionnellement, on trouve 2 cordons ou un seul subdivisé. Tinelli cite le cas d'un cordon unique subdivisé. Incoronato Angelo cite le cas de 2 cordons, l'un normal, l'autre n'ayant qu'une veine et qu'une artère pour un monstre double. L'insertion est différente suivant le nombre de placentas. S'il y a 3 placentas, tout se passe comme dans la grossesse simple. S'il y a un placenta unique, les insertions peuvent être quelconques: centrales pour les trois (cas de Lehmann), en triangle, vélamenteuses, etc. S'il y a 2 placentas, le placenta double a ses insertions comme dans la grossesse gémellaire.

La quantité de liquide amniotique est variable. Quand il y a hydramnios, elle peut atteindre 8 et 10 litres.

EXAMEN DES ENFANTS

Les enfants ont, presque toujours, un poids au-dessous de 3 kilos. Exceptionnellement, on en voit un dépasser ce chiffre, mais c'est alors au détriment des autres, et, pour un fœtus de plus de 3.000 gr., on en trouve deux autres de 1.500 gr., 1.000 ou même moins (observ. XXXI), Il y a là une sorte de balance, qui tient peut-être à la limite d'extensibilité de l'utérus.

Le poids réduit des enfants tient évidemment à ce qu'ils naissent avant terme, mais il y a plus: un enfant, né de grossesse gémellaire, pèse moins qu'un enfant né de grossesse simple au même âge, ce qui démontre bien que l'organisme humain n'est pas adapté à la grossesse triple. Il y a une véritable insuffisance, tant au point de vue de la nutrition des fœtus que de la capacité de l'utérus.

Une question importante est celle du sexe des enfants. Veit (dans Ribemont-Dessaignes et Lepage) donne les statistiques suivantes sur 1689 accouchements triples:

921 fois sexes différents	501 f. 2 garçons et 1 fille.
	420 f. 1 garçon et 2 filles.
768 fois même sexe	409 fois 3 garçons.
	359 fois 3 filles.

Sur 40 observations que nous avons consultées, nous trouvons:

23 fois sexes différents	{	12 fois 2 garçons et 1 fille. 11 fois 1 garçon et 2 filles.
17 fois le même sexe	{	11 fois 3 garçons. 6 fois 3 filles.

On voit que les sexes différents prédominent.

PRONOSTIC DE LA GROSSESSE TRIPLE

Il faut distinguer le pronostic maternel et le pronostic fœtal.

Le pronostic maternel n'est pas excellent. L'auto-intoxication gravidique, l'albuminurie et l'éclampsie guettent la femme pendant la grossesse, l'inertie utérine et l'hémorragie pendant le travail. Il n'est pas jusqu'aux interventions nécessaires qui ne soient une cause d'infection possible. Cependant on verra, en lisant les observations relatées plus loin, que dans la très grande majorité des cas, la femme se tire d'une grossesse triple sans encombre, mais presque toujours avec le secours du médecin. On peut donc dire que le pronostic, assez mauvais en lui-même, redevient presque aussi bon que celui de la grossesse simple, grâce à l'intervention de l'accoucheur.

Le pronostic fœtal doit être beaucoup plus réservé. L'accouchement avant terme est la cause qui doit le plus l'assombrir. Les présentations vicieuses en sont une autre mais elles sont, le plus souvent, corrigées par la main de l'accoucheur. Enfin les trijumeaux sont des débiles, beaucoup meurent dans les jours qui suivent l'accouchement, sans cause appréciable (observ. XI, XIV, XXII, XXIII), quelques-uns meurent pendant l'accouchement. L'avenir des survivants dépend du mode d'allaitement.

CONDUITE A TENIR EN FACE

DE LA GROSSESSE TRIPLE

Pendant la grossesse, deux choses sont à surveiller: l'auto-intoxication gravidique et les menaces d'accouchement prématuré.

Pour éviter l'auto-intoxication, les urines seront observées très fréquemment. On prescrira un régime peu toxique et, au besoin, le régime lacté. Parfois, l'interruption de la grossesse s'imposera pour éviter des accidents menaçants.

Contre les menaces d'accouchement avant terme, on prescrira le repos au lit, qui ne permettra pas toujours d'éviter une terminaison trop hâtive.

Pendant le travail, la conduite à tenir diffère suivant les phases de l'accouchement.

Pendant la dilatation, il faut attendre. Si la dilatation n'avance pas et qu'on note une surdistension de l'utérus, on rompra les membranes.

A la période d'expulsion, on attendra la sortie du premier enfant, s'il se présente convenablement. On devra intervenir, d'abord en cas de présentation vicieuse, ensuite si, la présentation étant bonne, l'accouchement n'avance pas. On est autorisé, dans l'accouchement triple, à intervenir plus rapidement que dans l'accouchement simple pour ménager les forces de la mère.

Le premier enfant sorti, faut-il attendre? Les observations relatent des temps très variables entre la sortie des deux fœtus, parfois très longs (26 h. observ. de Mme Henri, 40 h. observ. de Charbonnier). Boquel cite un cas où 3 heures s'écoulèrent entre la sortie du premier enfant et celle du troisième. Cet accouchement fut suivi d'accidents syncopaux que Boquel rapproche de ceux qui suivent l'évacuation trop rapide d'épanchements abdominaux abondants (observ. XLVI). D'autre part, on trouvera plus loin, dans les observations, des cas où 10 minutes s'écoulèrent entre la sortie de chaque enfant, sans aucun inconvénient. Pinard est d'avis qu'il ne faut pas attendre.

En présence de ces données assez contradictoires, que conclure? Remarquons d'abord qu'on ne peut, ici comme ailleurs, formuler une règle univoque qui s'applique à tous les cas. Telle femme présentera des accidents, par suite d'accouchement trop rapide, telle autre n'en aura pas, et l'attente trop longue pourra entraîner la mort d'un ou de deux enfants. Dirons-nous que l'accoucheur doit s'inspirer des circonstances? Mais sur quels signes baser l'indication d'une intervention? On en peut trouver du côté des fœtus. L'affaiblissement des bruits du cœur, l'issue du méconium justifient une intervention rapide; mais du côté mater-

nel, rien ne fait prévoir des accidents résultant de l'évacuation trop rapide de l'utérus. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que les accidents maternels étant rares et la mortalité fœtale assurément plus fréquente, on n'est pas autorisé à attendre bien longtemps. Nous ne croyons pas qu'on doive, en dehors de toute indication spéciale, prolonger cette attente au-delà d'une demi-heure.

Il faut, bien entendu, faire le diagnostic de la position du second fœtus dès la sortie du premier, pour se tenir prêt à intervenir, s'il y a présentation vicieuse. On doit noter qu'une présentation de l'épaule se corrige parfois toute seule (observ. XXXVI) ; aussi ne doit-on pas trop se hâter de rompre la poche des eaux qui facilite l'évolution. Pour cette raison l'attente d'une demi-heure peut avoir son utilité. Mais nous estimons qu'on ne doit pas la prolonger davantage. Les procidences du cordon, hémorragies, etc., exigent, bien entendu, l'intervention immédiate.

On doit se conduire, pour le troisième fœtus, comme pour le premier ; on peut même attendre moins, surtout en cas de fatigue de la mère. A titre d'indication, nous pensons qu'une attente d'un quart-d'heure, qu'on retrouve du reste dans nombre d'observations, est très suffisant.

Faut-il lier entre la sortie des trois fœtus les bouts placentaires des cordons. Aubert (Th. de Paris, 1900) démontre l'inutilité de cette précaution dans l'accouchement gémellaire. Nous croyons que cette démonstration s'applique à la grossesse triple, qui n'est qu'une grossesse gémellaire compliquée d'une grossesse simple. Dans l'observation I, communiquée par le Docteur Grosse, on notera l'absence de cette ligature sans aucun effet fâcheux.

Pendant la délivrance, on peut attendre le décollement placentaire, s'il n'y a aucun signe inquiétant. Souvent, il y a de l'inertie utérine à cette période, on fera alors le massage et l'expression de l'utérus, avec des injections chaudes. Nous croyons qu'il est sage de s'abstenir de tirer sur les cordons, car on ne sait lequel répond au placenta décollé le premier et se trouvant le plus bas situé dans l'utérus. Les menaces d'hémorragie doivent amener à la délivrance artificielle.

Les enfants, une fois nés, exigent, comme tous les prématurés, des soins minutieux. Il faut leur procurer la chaleur nécessaire, soit par la couveuse, soit par la chambre chaude. L'allaitement au sein est, pour ainsi dire, indispensable. On verra, dans l'observation du Docteur Grosse, quelle importance il a. Les enfants, dans les premiers temps, prennent très peu à la fois. On pourra être conduit à rapprocher les tétées, à donner le sein toutes les heures et demie et plusieurs fois la nuit. La balance sera ici, comme ailleurs, la pierre de touche de la valeur de l'allaitement.

OBSERVATIONS

Observation I *(Inédite).*

communiqué par M. le Dr Grosse, de Nantes

Mme X, mariée en juin 1904, secondipare. Le premier accouchement se termine avant terme par la naissance d'une fille, élevée au lait stérilisé et bien venue.

Deuxième grossesse. — Date des dernières règles, du 10 au 13 octobre 1906.

Dès le début de la grossesse, Mme X ressent des douleurs assez vives, localisées au ventre, pendant la marche et la station debout. Elle doit garder la chaise longue. En fin décembre, les douleurs deviennent aiguës, simulant une crise d'appendicite.

Le 22 février 1907, Mme X est examinée, pour la première fois, par M. Grosse. Elle garde le lit depuis deux jours à cause de ses douleurs.

Au palper, le ventre est souple, non douloureux, sauf dans la région du fond de l'utérus, où se trouve un point douloureux. L'utérus est très volumineux pour une grossesse de 4 mois; il

s'élève à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic et 21 c. au-dessus de la symphyse.

Au palper, simple ou combiné, au toucher, on perçoit du ballottement. Les bruits du cœur ne sont pas entendus, mais on entend le choc fœtal.

Pas d'albumine, mais une certaine quantité de sucre.

Le diagnostic reste incertain, on pense à une grossesse gémellaire.

Le 2 mai, l'utérus a beaucoup augmenté, il remonte à 32 c. au-dessus du pubis. Au fond de l'utérus, on perçoit un pôle fœtal, dur et arrondi, qui ballotte. C'est une tête. Au fond et à gauche, se trouvent plusieurs petites parties. Au-dessus du détroit supérieur, existe une deuxième extrémité céphalique, très éloignée de la première.

Il y a deux foyers d'auscultation distincts: l'un à gauche, entre l'ombilic et le pubis, l'autre plus intense, au fond de l'utérus.

On note de l'œdème des membres inférieurs, une éruption cutanée polymorphe sur les membres inférieurs et la partie inférieure de l'abdomen.

Les urines sont normales.

La diagnostic de grossesse gémellaire semble se confirmer. Il n'y a aucun antécédent gémellaire dans la famille de Mme X, ni dans celle de son mari.

Le 27 mai se produit l'accouchement.

A 4 h. 1/2 du matin, début des douleurs.

A 5 h. 30, un premier enfant est expulsé spontanément, dans un effort de défécation.

Puis les contractions s'arrêtent presque complètement. Au bout d'une heure, le toucher fait reconnaître une deuxième

poche des eaux avec un enfant en siège. La poche est rompue et l'enfant est extrait.

L'utérus restant volumineux, avec une consistance ferme, et sans aucun symptôme alarmant qui aurait pu faire croire à une hémorragie, le diagnostic de grossesse triple est posé.

Au bout d'une heure, le toucher permet de constater une troisième poche des eaux et un fœtus en position transversale.

La femme est chloroformée légèrement, la poche des eaux rompue et l'enfant extrait par version podalique.

A ce moment, se produit une hémorragie assez abondante. La délivrance artificielle est faite, suivie d'irrigation intra-utérine, très chaude, et de massage. L'hémorragie s'arrête.

Les 3 enfants sont vivants et du sexe masculin.

Aucune ligature n'a été mise sur le bout placentaire des 3 cordons.

Le placenta était unique. Il fut jeté par inadvertance, avant examen.

Les enfants présentaient tous les signes des prématurés: petite taille, aspect vieillot, défaut d'ossification des os du crâne, minceur de la peau couverte de duvet, etc.

Poids et dimmensions:

	A	B	C
	1510	1670	1480
Diamètres Bi. P.	86	79	75
Bi. T.	70	67	60
O. F.	100	100	99
S. O. F.	99	99	100
S. O. B.	96	85	90

Les 3 enfants furent d'abord élevés au lait stérilisé, malgré

l'avis du Docteur Grosse. Au bout de 15 jours, l'état de l'enfant A devient précaire. On lui donne alors une nourrice, tandis que les deux autres sont soumis à l'allaitement mixte. L'état de A s'améliore rapidement.

Progression des poids

	A	B	C
26 mai	1510	1670	1480
30 —	1470	1360	1440
1 juin	1325	1375	1440
3 —	1365	1415	1475
6 —	1375	1495	1500
10 —	1475	1580	1560
12 —	1460	1560	1525
13 —	1365	1590	1540
16 —	1360	1600	1570
18 —	1320	1615	1580
20 —	1335	1650	1630
22 —	1385	1635	1645
24 —	1400	1675	1683

A la fin de juin, la nourrice, présentant des abcès du sein, fut renvoyée et les enfants nourris au lait stérilisé. Leur état fut satisfaisant jusqu'au 11 septembre. Ce jour, ils furent pris tous trois de phénomènes de gastro-entérite. B et C moururent le lendemain. A fut remis aussitôt au sein et se remit. Il pesait 3200 gr. le 26 septembre.

Observation II *(Inédite).*

Communiquée par M. le Docteur Hugé, *de Nantes*

Mme S., secondipare, 36 ans.

Dernières règles en avril 1904.

Le 23 décembre 1904, Mme S perd les eaux à 3 heures du matin et, à 8 heures, ressent quelques douleurs. La sage-femme mandée, frappée du volume du ventre, croit à une grossesse gémellaire, mais ne peut distinguer plusieurs foyers d'auscultation. Le 24 décembre, à 3 h. 1/2 du matin, naît par le sommet un enfant vivant du sexe masculin. La sage-femme coupe le cordon entre deux ligatures et attend. Les coliques sont à ce moment à peu près nulles, une poche d'eaux s'est reformée et le col s'est partiellement refermé.

A 10 h. 1/2, arrive le Docteur Hugé, qui examine la femme. L'utérus semble bien gros pour ne contenir qu'un seul enfant. On note sur la face antérieure de l'utérus un sillon, partant du fond, un peu à droite de la ligne médiane et descendant un peu obliquement vers la gauche.

Au palper, on trouve un plan résistant le long du bord droit de l'utérus. De l'autre coté du sillon se perçoit peu nettement une masse volumineuse. Dans le segment inférieur, on sent une masse qui ressemble à un siège décomplété.

A l'auscultation, rien sur le côté droit. Sur le côté gauche et assez haut, se trouve un foyer de battements cardiaques.

Au toucher manuel, on sent une poche d'eaux avec un petit membre, c'est une main. Au-dessus se perçoit une fontanelle. La main est rétropulsée en arrière et à gauche de la tête, sans rompre la poche des eaux.

Du côté opposé de la tête, on en trouve une deuxième, plus élevée. Il y a donc deux fœtus en présentation céphalique mifléchie. Le fœtus gauche tend à s'engager avant l'autre.

La poche des eaux est alors rompue et le fœtus droit refoulé. On sent de son côté une poche d'eau flasque et allongée. Pas

de contractions utérines. La tête gauche reste très élevée.

Le forceps étant difficile dans ces conditions, la tête gauche est à son tour refoulée et une version faite qui amène le second fœtus; c'est une fille bien vivante. Il est 11 h. 20. Une deuxième version pratiquée quelques instants après amène le troisième fœtus, entouré de ses membranes. C'est un garçon qui est mort.

A midi la délivrance n'est pas encore venue. On essaie des tractions douces sur les 3 cordons. C'est la traction sur le cordon correspondant au premier fœtus qui réussit le mieux et amène tout l'arrière-faix, avec l'aide de l'expression utérine.

A ce moment se produit un relâchement de l'utérus qui mollit et une hémorragie concomitante. La femme reçoit 2 cc. d'ergotine Yvon en injection sous-cutanée et absorbe 1 gr. 1/2 d'ergot. On joint à cette médication le massage et des injections chaudes. L'hémorragie s'arrête.

L'arrière-faix présente les dispositions suivantes: Il y avait deux placentas, un à gauche, correspondant à la fille et un à droite pour les deux garçons. Les deux cordons correspondants au dernier s'inséraient près du bord, en des points diamétralement opposés. Le cordon du premier garçon s'insérait du côté regardant la fille, par conséquent au milieu de l'utérus, et c'est la place vide de cet enfant qui devait donner le sillon observé sur la face antérieure de l'utérus.

Il y avait 3 amnios et 2 chorions, l'un commun aux deux garçons.

Pas de communications vasculaires visibles sur le placenta des garçons entre ses deux parties.

Le premier garçon pesait 2.000 gr, la fille 1.900, le deuxième garçon 1.750. Ce dernier devait être mort depuis peu. Il n'y

avait ni rigidité, ni macération. Le liquide amniotique n'était pas teinté de méconium.

Des deux survivants, le garçon meurt au bout de 15 jours; la fille au bout de 6 semaines.

Les suites de couches pour la mère furent excellentes.

Observation III *(Inédite).*

recueillie dans le service de M. le Pr. Ribemont-Dessaignes

et communiqué par *Mlle Lascaud,*

sage-femme en chef de la clinique Beaujon.

Mme X, tertipare. Accouchements précédents à terme et normaux.

Mère ayant eu une grossesse gémellaire.

Dernières règles au mois de mars.

La malade entre à Beaujon le 4 octobre, à 8 h. 30 du matin; depuis le matin 6 heures, elle perdait du sang en quantité assez grande et presque sans douleurs.

On arrête cette hémorragie par des injections chaudes puis on examine la femme.

Le volume de l'utérus est exagéré: 39 c. au-dessus de la symphyse pour une grossesse de 7 mois. On note de l'œdème suspubien.

Au palper, deux centres de ballottement céphalique, l'un dans le flanc droit, l'autre dans le flanc gauche.

A l'auscultation, les bruits du cœur sont perçus de chaque côté de la ligne médiane, d'une façon plus intense à gauche qu'à droite.

Au toucher, dilatation de 5 f.., présentation de siège décomplété, insertion basse du placenta.

La femme est prise de douleurs pendant l'examen.

A 10 heures 10, dilatation complète.

M. le Pr. Ribemont-Dessaignes, appelé à ce moment, rompt les membranes, saisit un pied et extrait par le siège le premier enfant, à 10 h. 15 du matin. Sexe masculin, poids : 1.400 gr.

Au toucher se présente un second fœtus en siège. Il est extrait après rupture artificielle de la poche des eaux. Sexe féminin, poids 1.250 gr.

Le volume de l'utérus restant considérable, on pense à ce moment, à une grossesse triple. Le toucher révèle, en effet, une troisième poche d'eaux et une troisième présentation du siège. Les membranes sont rompues et le fœtus extrait. Sexe masculin, poids 1.300 gr.

En même temps que le troisième fœtus, le placenta vient. Masse unique, pesant 1.190 gr. On note les traces d'un décollement partiel du placenta inséré bas.

Le troisième jumeau meurt le jour de sa naissance.

Le premier meurt le vingtième jour.

La deuxième jumelle, nourrie au sein, part le 22 avril du service, pesant 3.350 gr.

Observation IV *(Inédite)*.

Recueillie dans le service de M. le Pr. Ribemont-Dessaignes et communiquée par *Mlle Lascaud,* sage-femme en chef de la clinique Beaujon.

Mme X, tertipare. Accouchements antérieurs normaux, 6 frères et sœurs.

Dernières règles, du 13 au 17 janvier 1905.

Au commencement de juin, douleurs abdominales et lombaires, coïncidant avec un développement rapide du volume utérin.

Tension de l'utérus très exagérée.

Le 8 juillet, à 1 h. 30 du matin, la femme entre en travail à 5 mois et demi de grossesse.

A 5 h. 30 du soir, elle expulse 3 fœtus avec 6.150 grammes de liquide amniotique.

Le placenta est expulsé à 5 h. 35.

Le premier fœtus pèse 520 gr., le second 550, le troisième 620.

Placenta de 580 gr.

Suites de couches fébriles et curettage.

Observation V *(Inédite).*

Recueillie dans le service de M. le Pr. Ribemont-Dessaignes et communiquée par *Mlle Lascaud,* sage-femme en chef de la clinique Beaujon

Mme X, secondipare, 3 frères et 4 sœurs.

Dernières règles du 15 au 20 mars 1908.

La femme entre à Beaujon le 6 novembre 1908 à 8 heures du matin, parce qu'elle souffre depuis minuit. Utérus très volumineux, hauteur au-dessus de la symphyse 39 centimètres. Tension des parois exagérée.

Albumine.

Au palper 3 pôles fœtaux, une tête engagée, une autre tête dans la fosse iliaque gauche, un siège au fond de l'utérus. Diagnostic de grossesse gémellaire.

A 1 h. 30 du soir, dilatation complète. Rupture spontanée de la poche des eaux, expulsion d'une fille de 1.450 gr.

Au toucher, deuxième poche d'eaux avec une tête qui s'engage. La poche est rompue et le deuxième enfant expulsé. Sexe féminin, poids 1.510 gr.

Une troisième poche d'eaux se forme alors. Sa rupture est

suivie de l'expulsion immédiate d'une troisième fille pesant 1.000 grammes.

A 2 h. 15, 20 minutes après l'expulsion du troisième enfant, sort le placenta. Il est unique et pèse 850 gr., 3 chorions, 3 amnios.

Le deuxième fœtus meurt 10 h. après la naissance.

Le troisième meurt 61 heures après la naissance.

Le premier est mis en couveuse et reçoit 20 gr. de sérum marin par jour. Il prend 20 à 25 gr. de lait par tétée. Il est emmené par la mère au neuvième jour.

Grossesses gémellaires diagnostiquées par l'auscultation.

Observation VI *(1841).*

Par le Docteur Bell Fletscher, de Birmingham, 1841.

Mary Coleman, 30 ans, enceinte de plusieurs mois, (date exacte non spécifiée) abdomen très volumineux. Œdème des jambes très marqué.

Souffle placentaire.

Trois foyers d'auscultation :

L'un à 6 pouces à droite de l'ombilic et 2 doigts au-dessous.

Le second à gauche et au même niveau.

Le troisième à 4 pouces au-dessus de l'ombilic, sur la ligne médiane, plus faible que les autres.

Entre chaque foyer, zone de *silence absolu.*

Diagnostic vérifié par l'accouchement.

Observation VII

Par le Docteur Rousset, de Bordeaux, 1857

J. M., 33 ans, quintipare.

Dernières règles, octobre 1857.

Accroissement du ventre très rapide, à partir du sixième mois.

A 8 mois et demi, le ventre mesure, de la symphyse pubienne à l'épigastre, 61 c. Son mat dans tout l'abdomen.

Troubles divers, douleurs lombaires et hypogastriques; diminution de l'appétit, impossibilité du travail.

Trois foyers d'auscultation;

L'un presque au niveau de l'épigastre, très intense.

Le second dans le flanc gauche, très faible.

Le troisième dans la fosse iliaque gauche très intense.

Entre les foyers, zone de silence.

Souffle dans la fosse iliaque droite.

Accouchement le 8 juillet 1858.

Premier enfant en sommet, sexe masculin, poids 3.000 gr. Une heure après, deuxième enfant en sommet, sexe masculin, poids 2.700 gr. Quarante-cinq minutes après, troisième enfant en siège sexe masculin, poids 3.040 gr.

3 poches des eaux.

3 placentas.

Observation VIII

Par Dunal, 1860

Mme L, 26 ans, tertipare.

Dernières règles, novembre 1857.

Développement exagéré du ventre.

Troubles divers, lassitude, nausées, vomissements.

La femme prétend sentir remuer deux enfants au moins à la fois.

Œdème des jambes manifeste.

3 foyers d'auscultation:

L'un un peu au-dessus de la symphyse pubienne et un peu à droite de la ligne médiane, assez faible, L'antre dans la fosse

iliaque gauche, un peu au-dessous du niveau de l'ombilic, très net. Le troisième au-dessus de l'ombilic et un peu à gauche de la ligne médiane.

Les nombres de pulsations étaient 128 par minute pour le premier foyer. 152 pour le deuxième, 144 pour le troisième. Pouls de la mère, 78.

Accouchement le 21 juin.

Premier enfant en épaule, extrait par version, poids 2.400 gr.

Sortie presque immédiate du placenta.

1 heure 15 après, deuxième enfant en sommet, poids: 2,350 gr.

15 minutes après extraction du troisième enfant en épaule, poids: 2,040 gr.

Un seul placenta pour les deux derniers.

3 poches des eaux.

Diagnostic fait par le palper abdominal

Observation IX

Par M. le professeur Pinard (Clinique obstétricale 1899).

Femme D, 38 ans, 5 grossesses antérieures.

Dernières règles, février 1888.

Au début de la grossesse, accès de dyspnée passagère.

Examen en fin octobre:

Utérus remontant à 10 centimètres au-dessus de l'ombilic, à parois assez minces.

Au palper, 3 pôles fœtaux: un au fond de l'utérus et à droite, un deuxième à gauche, un troisième au-dessus de la symphyse pubienne, tous les trois ballottants.

A l'auscultation, 2 maxima, l'un à gauche entre l'épine iliaque et l'ombilic, l'autre en haut et à droite au-dessus de l'ombilic.

Au toucher, tête engagée.

Quelques jours plus tard, Pinard, reprenant l'examen, arrive à la constatation de 6 pôles fœtaux et de 3 foyers d'auscultation. Champetier de Ribes et Stapfer arrivent au même diagnostic.

Une tête occupait l'excavation, avec le siège correspondant sous les fausses côtes gauches. L'autre se trouvait au-dessus de la symphyse pubienne, avec le siège au fond de l'utérus, la 3e occupait le fond de l'utérus, à droite, avec le siège dans la fosse iliaque droite.

Le diagnostic de grossesse triple est alors porté. Le 13 novembre, la femme fut prise de dyspnée intense, avec angoisse et cyanose, puis de coliques utérines. Chaque contraction s'accompagnait de crise dyspnéique de plus en plus intense. Brusquement au cours de l'une d'elles, la femme se renversa en arrière et expira.

Extraction forcée des 3 enfants en 10 minutes, ce sont 2 filles et 1 garçon. Poids: 2.150 gr, 2.720 gr., 2.950 gr.

L'autopsie révèle une surcharge graisseuse du cœur avec lésions de sclérose.

Observation X

Par M. le professeur Pinard

Mme F., âge inconnu.

Grossesse gémellaire chez sa grand'mère et chez la mère de son mari.

Grossesse gémellaire chez sa sœur.

Date des dernières règles: 15 avril.

Examen à 5 mois environ.

On trouve par le palper 3 têtes:

Une dans l'excavation,

Une dans la fosse iliaque droite,

Une en haut sur la ligne médiane très mobile.

Deux plans résistants, un en bas et à gauche, l'autre en haut et à droite.

Deux foyers d'auscultation, même localisation que les deux plans résistants ci-dessus.

Accouchement le premier décembre.

3 garçons tous en sommet.

Observation XI, *recueillie à la clinique de M. le Pr. Depaul.* Par M. le professeur Ribemont-Dessaignes, 1882.

Veuve S. 33 ans, quintipare.

Date des dernières règles: septembre 1881.

Examen le 6 juin, au voisinage du terme.

Le diagnostic de grossesse triple est fait par le Dr Ribemont-Dessaignes, à l'aide du palper.

Le volume du ventre est excessif.

Au-dessus de la fosse iliaque gauche, se perçoit une partie fœtale qui ballotte. Une autre, qui ballotte également et qui est une tête, se trouve au-dessus du détroit supérieur. Enfin un 3e centre de ballottement, perçu seulement le 9 juin, existe au-dessous et un peu à droite de l'appendice xyphoïde.

L'auscultation est négative. Le Pr. Depaul, se basant uniquement sur elle, conclut à une grossesse simple avec hydramnios.

Accouchement le 15 juin.

A 8 h. du matin, extraction du premier enfant en siège. Poids: 1.660 gr, sexe masculin.

Quelques instants après, extraction du deuxième enfant en siège. Poids: 1.950 gr., sexe féminin.

A 8 h. 30, extraction du troisième enfant par version. Poids: 1.520 gr., sexe masculin.

Les 3 enfants meurent le même jour, à 10 h. du matin, à quelques instants d'intervalle.

3 poches des eaux. Hydramnios de l'œuf correspondant au premier fœtus.

Placenta unique.

Observation XII

Par le Dr Wildermann, 1887

Marie Larousse, veuve Ramailler, 25 ans, tertipare.

Dates des dernières règles: 21 avril 1887.

Examen fin décembre 1887.

Volume du ventre *peu exagéré.*

On perçoit une grosse extrémité à droite et en haut, une autre à droite et en bas, une troisième en haut et à gauche, une quatrième en bas et à gauche .

Un seul foyer d'auscultation à gauche de l'ombilic.

Au toucher on croit sentir une colonne vertébrale.

Accouchement 4 février 1888.

Le 1er enfant se présente d'abord par le dos, puis spontanément par le siège.

Expulsion à 4 h. 15, enfant du sexe féminin, poids: 1.700 gr. A 6 h. 30, sortie du deuxième fœtus, en siège, sexe masculin, poids: 1.880 gr. A 7 h., sortie du troisième fœtus en OIGA, sexe féminin, poids: 2.170 gr.

3 poches des eaux.

2 placentas.

Diagnostic fait pendant le travail.

Observation XIII

Par Noegelé fils, 1846.

Femme de 32 ans, primipare.

Auscultation pendant le travail :

3 foyers, un dans la région hypogastrique gauche, les deux autres dans la région hypogastrique droite. Après la sortie du premier enfant, extrait par forceps, on perçoit encore deux foyers : un dans la fosse iliaque droite, l'autre dans la fosse iliaque gauche.

Observation XIV

Par le Dr Albert Puech, 1871

Après la sortie du 1er fœtus, perception au toucher de 2 poches d'eaux séparées par un sillon médian, dans une des poches, perception d'une main, dans l'autre d'une tête.

L'examen pendant la grossesse n'avait amené qu'un diagnostic de 2 enfants.

Observations diverses

Observation XV

Par Mme Henri

Femme Harra, 37 ans, quatrième grossesse.

Dernières règles, 10 août 1886.

Œdème des membres inférieurs, palpitations.

Début du travail, 29 mai 1886, 4 h. matin, à terme.

Accouchement le 29 mai.

Premier enfant en OIDA, accouchement spontané à 10 heures du matin. Sexe masculin, poids 1.800 gr.

Quinze minutes après, la sortie du deuxième enfant en SIDA. Sexe masculin, poids 2.800 gr.

Cinq minutes après sortie du troisième en OIDA. Sexe féminin, poids 2.320 gr.

Deux poches d'eaux.

Un placenta bilobé. Poids: 1.220 gr.

Mort du premier et du deuxième jumeau au bout de quelques jours.

Observation XVI

par Mme Henri.

Femme Tosse, primipare, 30 ans.

Dernières règles, 25 mars 1883.

Début du travail, 15 novembre 1883, à 6 heures du soir.

Accouchement, 17 novembre, à 6 h. 30 du soir.

Extraction du premier enfant à 6 h. 30 du soir en SIGA. Sexe féminin. Poids: 1.780 gr.

Extraction du deuxième enfant par forceps, le lendemain à 8 h. 30 du soir, en OIGA.

Sexe féminin, poids 2.070 gr.

Extraction du troisième à 8 h. 40 du soir, en SIDA. Sexe masculin, poids: 1.980 gr.

Inertie utérine et délivrance artificielle.

Un placenta bilobé. Poids: 710 gr.

Une poche des eaux.

OBSERVATIONS DE CHARBONNIER

XVII

Femme D, 32 ans, secondipare.

Accouchement de la grossesse trigémellaire à terme.

Premier enfant, né à 8 heures du matin, en sommet. Sexe féminin. Poids: 2.500 gr.

Deuxième enfant, né à 7 heures du soir, en sommet. Sexe féminin. Poids: 2.500 gr.

Troisième enfant, né à 8 heures du soir, en siège. Sexe fémi-

nin. Poids: 575 gr.

Le troisième enfant naît sans vie.

XVIII

Femme B, 30 ans tertipare. Une grossesse gémellaire.

Accouchement à terme. Trois enfants vivants, deux garçons et une fille.

Le troisième meurt à quelques mois.

XIX

Femme C, tertipare. Grossesses gémellaires dans la famille de la mère.

Dernières règles; fin janvier 1890.

Accouchement, 10 octobre 1890, à 8 mois.

L'examen, au début du travail, fait porter le diagnostic de grossesse gémellaire.

A 3 heures du matin, rupture de la poche des eaux.

Extraction du premier enfant, en siège. Sexe masculin. Poids: 1.800 gr.

L'accouchement s'arrête complètement.

Quarante heures après, reprise des douleurs.

Expulsion du deuxième enfant en sommet. Enfant petit, sexe féminin. Poids: 1.700 gr.

Un quart d'heure après accouchement du troisième enfant en siège. Sexe masculin. Poids: 1.600 gr.

Trois poches des eaux.

Trois placentas. Celui qui correspond au troisième enfant sort le premier, puis celui du deuxième, puis celui du premier.

Mort des 3 enfants, les 2 derniers au bout de quelques jours; le premier à quelques mois.

XX

Femme tertipare. Une grossesse gémellaire.

En 1870, accouchement triple. Deux filles et un garçon ayant atteint 25 ans.

XXI

Femme B, tertipare. Grossesse gémellaire chez la mère du mari.

Début du travail, 27 décembre 1894, à 11 heures du soir.

A minuit expulsion du premier enfant. Sexe masculin.

Naissance du deuxième enfant, en sommet. Sexe féminin.

Naissance du troisième enfant un quart d'heure après, en sommet. Sexe masculin.

Trois placentas reliés ensemble.

Mort des enfants dans les 24 heures.

XXII

Marie C, 25 ans, quintipare. Son mari a eu 17 frères et sœurs.

Accouchement le 11 décembre 1894.

Premier enfant né à 10 heures du matin, en sommet. Sexe féminin.

Deuxième enfant né à 10 heures 30, en sommet. Même sexe.

A 10 heures 45, expulsion d'un placenta double.

A 11 heures, expulsion d'un œuf entier, contenant une fille.

Mort des enfants au bout de quelques heures.

XXIII

Marie L, 23 ans, primipare syphilitique.

Début du travail le 20 décembre 1859, à 5 mois.

Le 21, à 11 heures du soir, expulsion d'un enfant du sexe féminin.

Quelques minutes après, expulsion du second, en siège. Sexe masculin, suivi de placenta.

Expulsion du troisième enfant, en sommet, à minuit. Sexe masculin.

Un placenta unique pour le premier et le troisième enfant.

Mort des enfants au bout de quelques heures.

XXIV

Marie B, 45 ans, 21e grossesse, dont la dix-huitième trigémellaire, se termine à terme au dire de la femme, et donne naissance à deux filles vivantes et un enfant mort.

La 19e grossesse est gémellaire, la 20e et la 21e sont simples.

XXV

Femme B, 28 ans, tertipare.

Accouchement à terme, premier janvier 1882.

Un garçon et deux filles, tous venus par le sommet.

Le garçon meurt en quelques heures; les deux filles naissent papyracées, mais sans signes de décomposition.

Trois placentas.

OBSERVATIONS DE GUIHAL

XXVI

Léontine F, 22 ans.

Dernières règles, fin août 1899.

Début du travail le 15 février, à 2 heures. La femme entre à l'hôpital Tenon, à 4 heures.

Volume anormal du ventre qui est équivalent à celui d'une femme à terme.

Tension utérine très prononcée.

Albuminurie assez intense.

A 6 h. 30, expulsion du premier enfant en SIGA. Sexe masculin. Poids: 850 gr.

Puis expulsion rapide du deuxième enfant, en siège. Sexe masculin. Poids: 800 gr.

Au bout de quelques minutes, expulsion du troisième enfant. Sexe masculin. Poids: 860 gr.

A 6 h. 50, délivrance naturelle.

Trois poches d'eaux; un placenta trilobé.

Les enfants meurent en quelques heures.

XXVII

Louise B, 35 ans, tertipare.

Dernières règles, 5 mai 1898.

Le 19 février, à 1 h., début du travail. La femme entre à l'hôpital Tenon.

Ventre énorme, utérus très tendu, le palper ne donne aucun renseignement.

Deux foyers d'auscultation.

Albumine en quantité assez notable.

A 8 h. 15, expulsion du premier enfant, en sommet. Sexe féminin. Poids: 2.040 gr.

A 8 h. 45, extraction du deuxième fœtus, par version. Sexe féminin. Poids: 1.600 gr.

A 9 h., extraction du troisième fœtus, par forceps. Sexe masculin. Poids: 2.400 gr.

A 9 h. 15, sortie d'un premier placenta. Poids: 800 gr, 2 cordons.

A 9 h. 25, sortie du second. Poids: 420 gr.

Trois poches des eaux.

Deux enfants sont nourris au sein. Le troisième au lait d'ânesse.

Etat satisfaisant à la sortie.

XXVIII

Femme D, 38 ans, 10 accouchements antérieurs.

Dernières règles, 28 juin 1899.

Accouchement, 18 février 1900. Trois filles.

La première, en sommet. Poids: 1.600 gr.

La deuxième, en siège. Poids: 1.740 gr.

La troisième, en sommet. Poids: 1.750 gr.

Une heure après l'accouchement, délivrance artificielle.

Infection consécutive. Au bout de 10 jours, curettage, amenant un morceau de placenta.

Les deux premiers enfants sont mis en couveuse et au lait d'ânesse. Au bout d'un mois, symptômes de gastro-entérite grave. Ils sont alors mis au sein et se relèvent rapidement. La troisième fille, élevée au sein, meurt de broncho-pneumonie.

XXIX

Marie J., 18 ans, primipare.

Dernières règles, le 22 mars 1900.

Début du travail, le 15 novembre, à 2 heures du matin. La femme entre à l'hôpital Tenon.

A l'abdomen très développé et tendu.

Le palper révèle trois pôles fœtaux. Diagnostic de grossesse gémellaire.

Œdème des jambes et œdème sus-pubien.

A 4 h. 30, extraction du premier fœtus, en SIGA, enfant légèrement hydrocéphale. Poids: 1.250 gr.

A 4 h. 50, extraction par la tête, d'un fœtus macéré de 550 gr.

A 5 h. 50, expulsion spontanée du troisième enfant vivant. Poids: 1.720 gr.

Un seul placenta de 900 gr.

Trois poches des eaux. Les deux enfants vivants, tous deux

du sexe féminin, sont contenus dans le même chorion, le fœtus macéré dans un chorion distinct.

Mort du fœtus hydrocéphale, le 10 décembre.

XXX

Femme de 38 ans, 9 accouchements précédents.

Accouchement triple en juin 1898.

A 10 heures 30 du soir, expulsion du premier enfant, en sommet. Sexe masculin. Poids: 2.750 gr.

A 2 h. 30 du matin, expulsion du second, en sommet. Sexe masculin. Poids: 2.500 gr.

Hémorragie peu abondante, mais persistante.

A 5 h. du matin, extraction, par version, du troisième enfant. Sexe masculin. Poids: 2.700 gr.

Délivrance artificielle. Deux placentas.

Enfants élevés au sein par la mère, meurent de gastro-entérite.

XXXI

Femme de 36 ans, 8 accouchements précédents.

Dernières règles: 10 août 1890.

Accouchement, 21 mai 1891.

A 10 h. du matin, expulsion du premier enfant, en sommet. Sexe masculin. Poids: 3.000 gr.

A 10 h. 30, extraction par les pieds d'un enfant mort. Sexe masculin. Poids: 1.900 gr.

A 10 h. 55, extraction par les pieds d'un enfant vivant. Sexe masculin. Poids: 2.400 gr.

Un placenta. Trois poches des eaux.

Les deux enfants, suivis pendant dix ans, se portent bien.

XXXII

Louise B., 34 ans, 9 accouchements à terme, dont un gémellaire, deux avant terme.

Dernières règles: août 1879.

Œdème des jambes et vomissements.

Accouchement le 30 mars 1880.

Premier enfant, en sommet, de sexe féminin. Poids: 700 gr., Né à 2 heures.

Deuxième enfant, en siège, de sexe féminin. Poids: 355 gr., Née à 2 h. 40.

Troisième enfant, en siège, sexe féminin. Poids: 620 gr., Née à 2 h. 45.

Deux placentas.

Les enfants meurent en quelques heures.

Observation XXXIII

par le Docteur Moussous, de Bordeaux.

Mme D, tertipare.

Dernières règles, 8 septembre 1874.

Ictère, malaise et insomnie.

Ventre énorme, dur et tendu. Diagnostic d'hydramnios.

Accouchement le 22 mai 1875.

Extraction du premier enfant, par forceps. Sexe masculin. Poids: 1.005 gr.

Extraction du deuxième enfant par le siège, un quart d'heure après. Poids: 1.230 gr.

Expulsion spontanée du troisième enfant, en sommet. Poids: 980 gr.

Un seul placenta, non lobé.

Observation XXXIV

Par Eisenhart, de Munich (traduite par Guihal).

Femme de 20 ans, secondipare.

Deux jumeaux dans les frères et sœurs.

Dernières règles, milieu avril.

Accouchement le 6 décembre. Le fond de l'utérus est à 54 cm. au-dessus du pubis. Œdème des membres inférieurs.

Le 6, à minuit 45, naissance d'un enfant, en sommet. Sexe féminin. Poids: 2.500 gr.

A minuit 55, expulsion d'un deuxième enfant cyanosé. Sexe féminin. Poids: 2.500 gr. Meurt aussitôt.

A 1 h. 20, extraction du troisième enfant en état de mort apparente. Sexe féminin. Poids: 2.000 gr. Est ranimé, mais meurt deux heures après.

Deux placentas.

Observation XXXV

Par Eisenhart, de Munich (traduite par Guihal).

Primipare, 22 ans.

Accouche à la fin du cinquième mois.

Durée de l'accouchement: 6 h. 45.

Les deux premiers enfants naissent par le sommet. Sexe féminin. Poids: 330 et 380 gr.

Le troisième enfant naît par les pieds. Sexe masculin. Poids: 310 gr.

Deux placentas, dont un commun aux filles.

Deux chorions, 3 amnios.

Observation XXXVI

Par Grosse, de Strasbourg

Femme R, 26 ans.

Dernières règles, début de septembre 1867.

Accouchement, le 24 avril 1868.

Premier enfant en OIGA. Sexe masculin. Poids: 1.900 gr.

Deuxième enfant, en épaule, évolue spontanément en sommet, Sexe masculin. Poids: 1.920 gr., mort-né.

Troisième enfant en SIGA. Sexe masculin. Poids: 2.060 gr.

Deux placentas, 3 poches des eaux.

Les deux enfants meurent scléromateux.

Observation XXXVII

Par le Docteur Hergott.

Femme S, 24 ans, primipare.

13 accouchements, dont un gémellaire chez la mère.

Accouchement triple à 7 mois.

Troisième enfant en SIGA. Sexe masculin. Poids: 2.060 gr.

Deuxième enfant, en OIDP. Sexe masculin. Poids: 1.225 gr.

Troisième enfant, en siège. Sexe masculin. Poids: 1.100 gr.

Les trois enfants meurent au bout de quelques jours.

Observation XXXVIII

Traduite de Bazzonella, par Guihal

Femme P, 32 ans, primipare.

Ventre volumineux avec hydramnios.

Accouchement à huit mois.

Premier enfant extrait par forceps. Poids: 2.500 gr.

Un quart d'heure après, expulsion du placenta et de deux fœtus papyracés, de 10 cm. de long. Placenta unique et rond.

L'enfant vivant meurt le sixième jour, de pneumonie.

Observation XXXIX

Par le Docteur Lambinon.

Mme B, primipare.

Accouchement à terme.

Premier enfant vivant. Sexe masculin. Poids: 3.200 gr.

Hémorragie et rétention placentaire.

Délivrance artificielle. Extraction de deux placentas, dont un très petit, portant deux fœtus papyracés, un de 30 gr, l'autre de 14 gr., n'ayant pas d'organes thoraciques, ni abdominaux. Aspect de bonshommes en pain d'épice.

Observation XL

C., primipare.

Œdème des jambes et de la face pendant la grossesse.

Trois enfants, le premier du sexe masculin, pesant 2.512 gr., vivant; les deux autres, du sexe féminin, pesant 1.508 gr. et 1.012 gr., morts-nés.

Attaque d'éclampsie, qui se répète après l'accouchement. Guérison.

Observation XLI

Traduite de SPERLING, par GUIHAL.

Mme G, 37 ans, 9 grossesses antérieures.

Dernières règles au début d'août.

Albumine.

Accouchement, le 7 avril, à midi.

Premier enfant, en sommet. Sexe féminin. Poids: 1.995 gr.

Deuxième et troisième enfants, en siège. Sexe féminin. Poids: 2.080 et 2.100 gr.

Un seul placenta. Trois poches des eaux.

Observation XLII

Traduite de SPERLING, par GUIHAL.

Mme F, 34 ans, 3 grossesses antérieures, dont une gémellaire.

Dernières règles, milieu juillet.

Albumine.

Accouchement, 26 février. Début à 5 h.

Premier enfant, en siège. Sexe féminin. Poids: 1.720 gr.

Deuxième enfant, en siège. Sexe masculin. Poids: 2.540 gr.

Troisième enfant, en sommet. Sexe féminin. Poids: 2.210 gr.

Délivrance à 6 h. 43.

Trois placentas. Trois chorions et trois amnios.

Observation XLII

Publiée dans la *Revue et mémoires d'obstétrique,* par Demelin.

Avortement trigémellaire à 3 mois et demi, chez une multipare de 40 ans.

Rétention de la délivrance. Infection grave avec symptômes de péritonite. Mort au bout de 9 jours.

Observation XLIV

par Scriber.

Secondipare de 27 ans, domestique. Première grossesse normale.

Date des dernières règles: 31 mai-2 juin 1901.

Entre le 22 janvier 1902 à la maternité, à 7 mois et demi.

Volume anormal du ventre, varices, œdème des membres inférieurs.

Au palper, masse volumineuse au détroit supérieur, sans caractères nets, n'ayant aucune tendance à l'engagement. Au fond de l'utérus, à gauche, ballottement céphalique net.

Au toucher, col long et perméable; on arrive sur les membranes, à travers desquelles on perçoit une partie fœtale qui fuit vers la fosse iliaque gauche.

A l'auscultation, premier foyer au-dessus du pubis, à droite de la ligne médiane, deuxième foyer à l'ombilic, à gauche de la ligne médiane.

Diagnostic de grossesse gémellaire.

Début de l'accouchement le 26 février. A 8 h. du soir, dilatation de 2 frs. Le diagnostic de grossesse gémellaire est de nouveau porté.

Le 27 février, à 10 h. un quart du matin, expulsion spontanée,

par le sommet, d'un enfant vivant, de sexe masculin, pesant 1.950 gr.

Le toucher, fait ensuite, permet de constater une deuxième poche d'eaux intacte, contenant 2 pieds et une main.

Rupture artificielle des membranes et traction sur les pieds. On dégage à 10 h. 40 le second enfant, en siège. Sexe masculin. Poids 2.050 gr.

L'utérus restant volumineux, on examine la femme, et on trouve des petits membres dans une poche d'eaux intacte. Rupture artificielle, et accouchement par le siège, à 10 h. 50 du troisième enfant. Sexe féminin. Poids: 1.500 gr.

A 11 h. 30, délivrance par expression.

Trois placentas, 3 cordons, 3 poches ovulaires distinctes. Suites de couche normales.

Observation XLV

par SCRIBER

Quintipare de 32 ans, réglée à 17 ans, bien réglée.

Les quatres grossesses antérieures ont été normales avec enfants vivants.

Grossesse actuelle. — Date des dernières règles, 14 avril.

Vomissements pendant les 4 premiers mois.

Œdème des jambes, à partir du quatrième mois.

Volume exagéré du ventre.

La femme consulte à la Maternité en cours de grossesse. Diagnostic: grossesse gémellaire, albuminurie, dyspnée.

Entrée à la maternité définitivement le 15 décembre 1902.

Au palper, utérus volumineux et tendu. Au détroit supérieur tumeur dure (tête); en suivant le plan latéral gauche de l'utérus, on trouve une surface plane, se continuant avec la tumeur perçue au détroit supérieur. Au fond de l'utérus, à gauche, tumeur

molle, à côté de laquelle on fait ballotter une partie fœtale arrondie (deuxième tête); sur la ligne médiane, petits membres.

Au toucher, col perméable. On sent, à travers les membranes, une tête mal ossifiée.

A l'auscultation, deux foyers, l'un à gauche entre l'ombilic et le pubis, un autre à droite et en arrière, au-dessus de l'ombilic.

18 décembre 1902, pneumonie droite.

23 décembre, accouchement.

Neuf heures du matin, rupture spontanée des membranes.

Dix heures, dilatation complète.

10 heures 20, expulsion spontanée par le sommet d'une fille vivante, pesant 1.650 gr.

Au toucher fait ensuite, présentation de l'épaule. La poche des eaux est rompue et le second enfant extrait par version. Sexe féminin. Poids: 1.900 gr.

On constate alors, au palper, la présence d'un troisième enfant, reconnu au toucher en S I G A. Les membranes sont rompues et le troisième enfant extrait à 10 h. 30. Sexe féminin. Poids: 2.100 gr.

A 10 h. 45, délivrance par expression. Masse placentaire double, pesant 420 gr.

A 11 heures, délivrance artificielle amenant un second placenta, pesant 250 gr.

Suites de couche fébriles (pneumonie).

Poids des enfants:

A la naissance	1650	1900	2100
A la sortie (22 janvier)	1900	2050	2200

Observation XLVI

par le Docteur Boquel (d'Angers).

Mme X, 34 ans, trois grossesses précédentes. Pas de grossesses triples dans la famille.

Dernières règles, 22 janvier 1905.

Accroissement rapide du ventre, avec sensation de gêne et de fatigue, d'essoufflement au moindre effort.

Début de l'accouchement, 27 septembre 1905, à 6 heures du matin.

A 1 h. du soir, dilatation complète. La sage-femme rompt la poche des eaux.

Le palper, fait à ce moment, montre la présence de deux têtes. Au toucher, on sent un siège décomplété.

Expulsion du premier enfant, à 3 h. Sexe masculin. Poids: 2.390 gr. Le cordon est coupé entre deux ligatures.

Au toucher on sent une nouvelle présentation du siège avec une seconde poche des eaux.

A 6 heures, la poche est rompue.

A 6 h. un quart, expulsion du deuxième enfant, en siège. Sexe masculin. Poids: 2.500 gr.

A 6 h. 40, la troisième poche des eaux est rompue.

A 7 h. 10, expulsion du troisième enfant, en siège. Sexe masculin. Poids: 2. 490 gr.

Expulsion de la délivrance, à 7 h. 55. Poids: 1.450 gr.

Un placenta, 3 chorions, 3 amnios.

Une demi-heure après, la malade est prise d'étouffements avec tendances syncopales, pâleur de la face, refroidissement des extrémités, pouls extrêmement rapide et faible. Cet état dure une dizaine de minutes. Deux piqûres d'éther, l'absorption de café chaud, l'inversion de la malade, la ramènent à l'état normal.

Une heure après, les mêmes symptômes se montrent à nouveau, mais moins marqués. Ils se dissipent rapidement.

Au sixième jour, ascension de température passagère.

Les enfants, nourris au sein, partie par la mère, partie par une nourrice, s'élèvent très bien.

CONCLUSIONS

1° La grossesse triple résulte, en règle générale, de la combinaison d'un œuf double, contenant deux fœtus de même sexe, avec un œuf simple.

Moins fréquemment, on rencontre 3 œufs et plus rarement encore un œuf unique.

2° Le cours de la grossesse triple est souvent marqué par des phénomènes d'auto-intoxication chez la mère, en particulier par de l'albuminurie.

3° La mort d'un ou de deux fœtus n'interrompt pas fatalement la grossesse, le ou les fœtus restants pouvant continuer à se développer.

4° La grossesse triple évolue rarement jusqu'à terme. L'accouchement prématuré a lieu, en général, du septième au huitième mois de la grossesse, l'avortement est fréquent et se produit surtout au cinquième mois.

5° Les présentations autres que celles du sommet sont fréquentes dans la grossesse triple, surtout pour le deu-

xième et le troisième enfant. La présentation est rarement la même pour les trois.

6° Les enfants issus d'un accouchement triple sont presque toujours d'un poids au-dessous de la normale, et le plus souvent prématurés et débiles. L'allaitement au sein est pour eux une nécessité absolue.

7° L'examen méthodique de la femme permet de faire le diagnostic de grossesse triple chez la femme enceinte et pendant le travail; le plus souvent cependant, la présence du troisième fœtus, n'est reconnue qu'au moment de l'accouchement, après la naissance du premier ou des deux premiers enfants. Dans quelques cas, le diagnostic de grossesse triple est très difficile ou même impossible à établir.

8° Dans la moitié des cas, par suite de présentations vicieuses et de l'inertie utérine, parfois concomitante, la grossesse triple ne se termine que par l'intervention de l'accoucheur.

BIBLIOGRAPHIE

AUBERT. — Thèse de Paris 1899-00.

BESSON. — Thèse de Paris 1877.

BOISSARD. — Journal des Praticiens 1900.

BOQUEL. — Journal d'obstét., de gynéc. et de pédiatrie, 1906.

BOYER. — Thèse de Paris 1896-97.

BUDIN. — Glinique obstétricale 1889.

CHARBONNIER. Thèse de Toulouse 1894-95.

DRIZARD. — Thèse de Lyon 1901-02.

DUVAL. — Montpellier médical 1860.

FLETSCHER. | Ann. de Gynéc. 1875.

GUIHAL. — Thèse de Paris 1900-01.

HIRIGOYEN. — Thèse de Paris 1879.

JULLIEN. — Thèse de Paris 1896-97.

LEHMANN. — Revue d'obstét. et de gynéc. 1886.

MAYGRIER et DEMELIN. — Arch. de Tocologie 1892.

MOUSSOUS. — Arch. de Tocologie 1875.

PINARD. — Palper abdominal et clinique obstétricale 1899.

PUECH. — Ann. de gynéc. 1877.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — in Palper abdominal de Pinard.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique 1907.

SCRIBER. — Thèse de Paris 1905-06.

WILDERMANN. — Thèse de Paris 1887-88.

Vu et approuvé,
Le Président de Thèse,
RIBEMONT-DESSAIGNES.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

Imp. de la Librairie A. Michalon, 10, rue Vaugirard. — Paris — 698